

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 23

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE L'INFLUENCE

DES IRRITATIONS GINGIVO-DENTAIRES CHRONIQUES

DANS

l'Étiologie de la Pelade

PAR

JULES-THÉODORE LECLERCQ

Né à Marchiennes (Nord), le 20 janvier 1892

Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1922

23

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE L'INFLUENCE

DES IRRITATIONS GINGIVO-DENTAIRES CRHONIQUES

DANS

l'Étiologie de la Pelade

PAR

JULES-THÉODORE LECLERCQ

Né à Marchiennes (Nord), le 20 janvier 1892



Président : M. JEANSELME, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1922

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN	M. ROGER
PROFESSEURS	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale.....	MARCEL LABBE
Pathologie médicale.....	RENON
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	LÉON BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
	X.
	JEANSELME
	PIERRE MARIE
	TEISSIER
	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	J. L. FAURE
	AUGUSTE BROCA
	VAQUEZ
	SEBILEAU
	DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GRÉGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMARET	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SOEURS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUSSEAU-DECELLE

*Qui nous a aidé de ses bons conseils
pour la rédaction de cette thèse,
hommage de reconnaissance.*

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES

ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Historique

Trois théories ont été invoquées autrefois pour expliquer la nature de la pelade : une théorie parasitaire fondée sur des soi-disant faits de contagion et sur les recherches de Malassez ; une théorie trophonévrotique ; une théorie éclectique (de Gaucher) admettant à côté d'alopecies nerveuses, la réalité d'une pelade parasitaire.

De nouveaux éléments apportés par Jacquet, de 1902 à 1910, ont modifié les théories jusque-là soutenues et montré l'influence réflexe de nombreuses irritations provenant de différents points de l'organisme sur la vitalité de la papille pileuse.

Bien qu'il ait le premier précisé l'importance des irritations dentaires ou des névralgies faciales sur la production de la pelade, on peut retrouver avant lui quelques remarques sur les rapports qui existent entre ces causes d'irritation et le système pileux.

Déjà, en 1886, dans le *Dictionnaire des Sciences Médicales de Dechambre*, Juhel Rémoy écrivait :
« La nutrition des poils est soumise à l'action du système nerveux, qui agit probablement par ses rameaux trophiques, mais dont le mode d'excitation nous est inconnu.

« La nutrition générale ne s'exerce pas seulement, « d'ailleurs de cette seule façon sur le poil, mais suivant des modes variées ; c'est ainsi que nous voyons la coloration des poils être profondément atteinte *dans les névralgies faciales*, la migraine, produisant cet aspect zébré du cuir chevelu signalé par de nombreux auteurs ».

Plus récemment, en 1896, M. Isaac raconte qu'il a observé un officier qui, huit ou quinze jours après l'extraction d'une dent, fut pris de maux de tête *du même côté*, lesquels furent suivis d'une pelade typique ». (Société berlinoise de Dermatologie, séance du 11 février 1896).

Dans cette même séance, M. Frank ajoute qu'il croit que dans ces cas de névralgies intenses, les cheveux qui occupent le territoire de ce nerf tombent souvent ».

Malgré ces faits, c'est à Jacquet que revient l'incontestable honneur d'avoir définitivement ruiné la théorie parasitaire de la pelade et d'avoir montré l'influence des irritations organiques et en particulier des irritations gingivo-dentaires dans la genèse de cette dermatose.

Les travaux qu'il a poursuivis avec ses élèves pendant 15 ans ont fini par vaincre les résistances initiales et aujourd'hui l'existence d'une pelade dans l'étiologie de laquelle dominent les irritations dentaires est admise à peu près par tous.

Récemment, le D^r Rousseau-Decelle, en se basant sur un nombre très élevé de pelades et d'autres der-

matoses, a établi la localisation cutanée des irritations dentaires suivant le mode trophique, localisation que Jacquet avait déjà signalée pour la dent de sagesse inférieure.

Le rapport que l'on constate si souvent entre la topographie des aires peladiques et celle des lésions dentaires nous semble un nouvel argument particulièrement puissant, en faveur de l'origine dentaire de certaines pelades.

Etiologie

Deux ordres de causes conditionnent l'apparition de la pelade : 1° des causes lointaines ; 2° des causes prochaines.

Causes lointaines. — Les unes sont des causes à distance, c'est ainsi qu'on observe un ou plusieurs des facteurs suivants :

a) *Hérédité.* — Elle est très fréquente : soit parmi les parents, soit chez les frères ou sœurs, on trouve souvent des cas de pelade. On observe aussi quelquefois des cas d'hérédité rétrograde, le fils étant atteint de pelade quelques mois ou quelques années avant qu'elle apparaisse chez le père ; ce qui peut s'expliquer par ce fait que, chez le premier, des circonstances déterminantes sont survenues plus tôt.

b) *Nervosisme.* — Il se rencontre souvent aussi, soit comme antécédent héréditaire, soit surtout comme état prédisposant du sujet. Par nervosisme, nous entendons non pas seulement les sujets atteints de troubles nerveux centraux (épilepsie, goître exophtalmique, etc.) mais surtout des gens ayant des réactions mentales vives. Ce sont souvent des agités ou

des neurasthéniques, ou des sujets qui viennent de subir un choc psychique violent (colère, peur, etc.). Ce qui expliquerait peut-être pourquoi la pelade est relativement rare au moment de la première dentition alors que l'éruption des dents de lait produit cependant des irritations gingivales très douloureuses et d'assez grande durée.

c) *L'Hypotonie* décrite par Jacquet.

Cette hypotonie est *locale* et précède l'apparition des aires peladiques. Un des caractères de la plaque glabre c'est, en effet, son atonie, sa pâleur, la facilité avec laquelle on la soulève tandis que la peau saine, surtout au vertex, est fortement adhérente à l'épiscrane.

Mais elle est aussi *générale*. On la rencontre dans les organes divers ; elle se manifeste par des ptoses cutanées (région mammaire, bourses, etc.), par des ptoses organiques, des dilatations stomacales, la constipation, des hernies, reins flottants, prolapsus utérin, etc.

D'après Jacquet, ces troubles hypotoniques, du moins cutanés, augmenteraient parfois ou diminueraient, suivant l'évolution extensive ou régressive de la plaque.

a) A côté de cette hypotonie organique on peut placer l'agénésie pileaire. Cet état a été décrit par Jacquet comme prédisposant à la pelade. Il considère deux classes : l'agénésie prépubérienne affectant soit les sourcils (dans ce cas on constate une alopecie plus

ou moins massive et toujours symétrique de la région sourcillière externe) soit le cuir chevelu (bordure du cuir chevelu mal limitée surtout à la nuque, gardant l'aspect qu'il a à la naissance).

Et l'agénésie post-pubérienne affectant surtout la moustache et la barbe, et se traduisant pour la moustache soit par une alopécie sous-narinaire médiane, soit par une alopécie située au milieu des aires labiales supérieures ; et pour la barbe soit par un aspect grêle et pauvre, soit par des lacunes à peu près glabres des joues, soit enfin par des zones plus ou moins glabres aux régions sus-hyoïdiennes médianes et latérales.

La pelade survient plus fréquemment chez les agénésiques.

On peut citer comme exemple, cette observation de deux cas de pelade sur trois agénésiques d'une même famille (*Annales de Dermatologie*, 1900, page 927).

La pelade survenant chez les agénésiques se localise de préférence aux zones déjà en état d'infériorité, de plus, elle présente souvent des limites moins nettes, une apparition plus rapide et s'étendant plus largement, une repousse plus lente ou nulle.

Causes prochaines :

Agissant sur un sujet prédisposé, des irritations issues de nombreux organes, peuvent déterminer l'apparition de la pelade.

On observe ainsi très souvent des troubles gastro-

intestinaux, broncho-pulmonaires, des traumatismes quelques semaines ou quelques mois avant l'apparition de la dépilation. Les soucis, les chagrins, le surmenage intellectuel, peuvent, en accentuant l'état de nervosisme des sujets prédisposés, déclencher l'apparition de la pelade.

Les irritations gingivo-alvéolaires que nous verrons plus loin, sont une des causes déterminantes les plus souvent observées.

Les autres causes sont absolument locales.

Diverses lésions cutanées peuvent, par l'irritation qu'elles produisent ou par l'affaiblissement de la vitalité du derme favoriser l'éclosion de la pelade ; les furoncles, les folliculites, les cicatrices, les traumatismes locaux agissent souvent ainsi et deviennent le siège ou le centre d'une plaque glabre lorsque ces lésions existent chez un sujet prédisposé *.

La mue. — Chez la plupart des animaux, il existe au printemps et à l'automne deux périodes d'activité pileaire se traduisant par la chute des poils chez les mammifères, des plumes chez les oiseaux, des écailles chez les poissons, et leur remplacement par d'autres phanères plus brillants (mâles) ou plus chauds.

Dans l'espèce humaine, il existe une dépilation continuelle toute l'année, se manifestant par la chute de 10 à 20 cheveux par jour en moyenne, mais très variable suivant les individus et correspondant à la repousse.

(*) Il n'est pas question ici des dépilations post-furonculeuses ou cicatricielles qui n'ont aucun rapport avec la pelade.

Bulliard a étudié l'influence saisonnière sur cette dépilation. Il a trouvé que la mue vernale se faisait beaucoup moins sentir que la mue automnale (augmentation de la dépilation 4 fois sur 70 dans le premier cas, 7 fois sur 70 dans le second). De plus, une augmentation de la dépilation se produit pendant les grandes chaleurs.

La mue comprend donc une période d'activité du follicule pileux (poil de remplacement) précédant, en réalité, une atrophie du follicule du poil destiné à tomber ; la lenteur de repousse fait paraître ces deux phénomènes dans un ordre inverse.

Ajoutée à d'autres causes que nous verrons plus loin (irritations chroniques, et surtout pulpites aiguës) l'hypotonie de la papille à l'époque de la mue favorise la chute abondante des cheveux ou poils ; se traduisant soit par une plaque glabre, soit surtout par une dépilation diffuse très abondante survenant à la suite d'une pulpite aiguë.

Cette influence de la mue est d'autant plus importante à signaler qu'elle coïncide avec une période où, suivant M. Rodier, les lésions dentaires et surtout infectieuses subissent une recrudescence.

Irritations gingivo-alvéolaires :

Jacquet avait noté la fréquence de la pelade à la suite de névralgies intenses, ayant duré longtemps. Après lui, beaucoup ont observé des pelades et noté le mauvais état de la bouche ou de la denture. De nombreuses observations donnent la nomenclature

des dents malades ; très souvent le diagnostic est « carie » sans en spécifier la nature.

Pourtant, toutes les lésions dentaires ne donnent pas des irritations assez continues ni assez violentes pour déclencher la pelade.

Les caries superficielles, altérations de l'émail et dentinites peuvent devenir douloureuses sous l'action d'agents physiques (chaleur, compression, froid) ou de certains agents chimiques. Mais l'irritation ainsi produite est fugace et ne suffit pas à déterminer la pelade.

« Les irritations dentaires elles-mêmes ne produisent presque jamais la pelade. Ce qui la produit le plus souvent, ce sont les irritations *gingivo-alvéolaires*. Ceci semble, au premier abord, déconcertant, car les irritations de la dent elle-même, les pulpites, sont évidemment les irritations les plus douloureuses, les plus irradiantes, les plus réflexogènes de la pathologie dentaire. Pourquoi ne sont-elles pas les plus peladogènes ? C'est parce que, pour produire la pelade, la *continuité* d'une irritation semble plus importantes que son *intensité*. Or, précisément, les irritations pulpaire et les irritation alvéolaires n'agissent pas de la même façon sur le trijumeau.

« Les irritations pulpaire sont violentes, mais elles sont courtes ; elles irradiant dans tout le domaine du trijumeau et des premières paires cervicales et produisent jusque dans les expansions terminales de ces nerfs, un ébranlement *éphémère*

« qui s'étale en surface et qui modifie le trophisme
« cutané d'une façon diffuse et fugace. Aussi, au
« cours et à la suite des pulpites aiguës, on observe
« souvent, chez les femmes surtout, une dépilation
« diffuse et temporaire du même côté que la lésion.

« Les irritations gingivo-alvéolaires, au contrai-
« re, agissent beaucoup plus par leur *continuité* et
« leur *répétition* que par leur intensité ; elles n'irra-
« dient, dans tout le trijumeau, qu'au cours des
« poussées aiguës, mais, entre ces poussées, elles
« produisent une irritation *latente* et *prolongée*,
« *limitée* seulement à quelques fibres du nerf proba-
« blement toujours les mêmes, pour chaque alvéole,
« comme nous le verrons tout à l'heure.

« Cette irritation latente va se réfléchir par l'inter-
« médiaire du noyau bulbaire, de la racine inférieure
« du trijumeau, de la colonne grise médullaire et
« des racines sensibles des premiers nerfs cervicaux,
« en un point bien localisé de la surface cutanée
« dont elle modifie le trophisme d'une façon *pro-*
« *fonde et durable*. Et ainsi s'expliquerait la *forme*,
« la *durée*, la *localisation des aires peladiques* (M.
Rousseau-Decelle. Leçon faite à l'école de Stomato-
logie, le 18 juin 1920).

Date de la chute du poil.

Les malades signalent souvent une date précise de l'apparition de la pelade ; c'est en se coiffant le matin ou à l'occasion d'une coupe de cheveux qu'ils découvrent leur plaque. Cette date peut suivre de quelques

jours à quelques mois les névralgies, ou l'apparition des douleurs dentaires.

Comment expliquer ce retard variable et quelquefois si grand ?

D'abord l'inhibition de la vie papillaire n'est pas forcément complète à la suite d'une névralgie dentaire. C'est à la longue que les irritations gingivodentaires agissent sur le poil. Il faut plusieurs semaines pour que l'atrophie de la papille s'ensuive.

Ensuite ce que le malade ressent, ce sont des troubles sensitifs ; les irritations agissant sur la papille (troubles trophiques) peuvent être indolores bien que très actives.

Enfin, la chute du poil, quand on la constate, n'indique pas le moment de la mort de la papille. « Le « follicule maintenu rigide par la tonicité de sa gaine conjonctive et de sa papille, celle du poil engrené dans le follicule obligent d'admettre que la chute est l'aboutissant d'une lente évolution à dater de l'inhibition de la vie papillaire qui est la mort momentanée du poil.

« Ce qui revient à dire que la plaque glabre, quand on la constate peut retarder beaucoup, un ou deux mois au moins, sur le fait causal, à savoir l'arrêt définitif ou non de la vie papillaire » (Sabouraud).

Symptomatologie

La pelade d'origine dentaire présente, outre les caractères communs aux autres cas de pelade, quelques signes fréquents qui permettent de la différencier.

1° Cette pelade succède à des lésions irritatives gingivo-dentaires. Parmi ces lésions on peut citer l'arthrite alvéolo-dentaire, les gingivites surtout les gingivites tartriques, les accidents de la dent de sagesse, l'évolution dentaire, les caries.

Au sujet des caries il faut remarquer, toutefois, que les caries non pénétrantes donnent rarement des irritations suffisamment violentes et de durée assez grande, pour déterminer l'apparition de la pelade ; les caries pénétrantes, au contraire, peuvent, à elles seules, déterminer une pelade, bien que rarement, mais ce sont surtout les complications, l'arthrite en particulier, qui sont peladogènes.

2° Un autre caractère qui différencie les pelades d'origine gingivo-dentaire c'est le siège de la plaque. Cette plaque glabre est *toujours* située du même côté que la lésion irritative.

Nous allons voir plus loin qu'en plus de l'homola-

l'extension de l'irritation et de sa répercussion, la pelade dentaire est soumise à une véritable localisation déterminée par le siège de la dent malade.

3° Mais ce qui caractérise surtout la pelade dentaire c'est le *nombre restreint des plaques*, une généralement, deux au maximum, du moins dans les cas où une seule dent peut être incriminée. Il faut, cependant, faire des réserves pour la pelade d'évolution chez les enfants, car de 9 à 12 ans toute une série de dents sont en évolution simultanée. Dans ce cas, on peut alors observer la forme ophiassique.

4° Le traitement et la guérison de la lésion irritative entraîne la guérison de la pelade, et cela dans un délai très bref non pas à partir du début du traitement, mais du moment où l'irritation a cessé.

Le début du traitement, ou le traitement lui-même, peut quelquefois être une cause d'augmentation de l'irritation gingivo-dentaire, comme par exemple l'extraction, où les pansements antiseptiques irritants à base de formol. Dans ce cas, une poussée nouvelle de courte durée se manifeste, preuve de l'influence de l'irritation gingivo-dentaire sur les follicules pileux.

Localisation de la pelade suivant le siège de l'irritation dentaire.

Non seulement l'irritation gingivo-dentaire provoque l'apparition de la pelade, mais elle localise celle-ci en différents points du cuir chevelu ou de la face.

Jacquet avait déjà remarqué que certaines portions du cuir chevelu et de la face constituaient des zones de prédilection pour les aires peladiques. Il les avait appelé zones peladophores. Il est intéressant de remarquer que ces zones peladophores correspondent précisément aux dents le plus souvent atteintes de carie.

L'étude que vient de faire M. Rousseau-Decelle sur la localisation des répercussions trophiques d'origine dentaire permet de diviser le crâne et la face en 2 zones séparées par une ligne partant de la commissure des lèvres, passant par le lobule de l'oreille et aboutissant à la protubérance occipitale externe. Les irritations du maxillaire inférieur se réfléchissent au-dessous de cette ligne ; celles du maxillaire supérieur au-dessus.

D'autre part, d'une façon schématique, la répercussion trophique a un siège d'autant plus postérieur que la dent occupe une place plus reculée dans l'arcade.

Voici du reste comment, suivant M. Rousseau-Decelle, s'établit pour chaque dent, la localisation cutanée.

Irritations issues du maxillaire supérieur.

Incisives. — Les irritations des incisives supérieures se réfléchissent dans les régions naso-labiale et frontale.

Canines. — Les irritations issues des canines su-

périeures se réfléchissent dans les régions *naso-labiale* et *fronto-pariétale*.

Prémolaires. — Les lésions des prémolaires supérieures semblent avoir leur répercussion habituelle dans la région *temporale* en empiétant parfois sur la zone *pariéto-frontale*.

Premières molaires. — Leurs irritations se réfléchissent dans la *région pariétale*.

Secondes molaires. — Celles des secondes molaires se réfléchissent dans la région *pariéto-occipitale*.

Dents de sagesse supérieures. — Aucune ne nous a permis d'établir l'influence localisatrice de cette dent.

Irritations issues du maxillaire inférieur.

Incisives et canines. — Leurs irritations se réfléchissent dans la *région mentonnière*, de la symphise au trou mentonnier et quelquefois dans la région *sus-hyoïdienne médiane*.

Prémolaires. — Leurs lésions se répercutent *autour du trou mentonnier* et *en arrière de lui*, ainsi que dans la partie antérieure de la région *sous-maxillaire*.

Premières molaires. — La zone où se réfléchissent leurs irritations semble bien être la partie postérieure de la région *sous-maxillaire* et les régions *angulo-maxillaire* et *mastoïdienne*.

Secondes molaires. — Leurs lésions se répercutent à peu près dans la même région que celle des

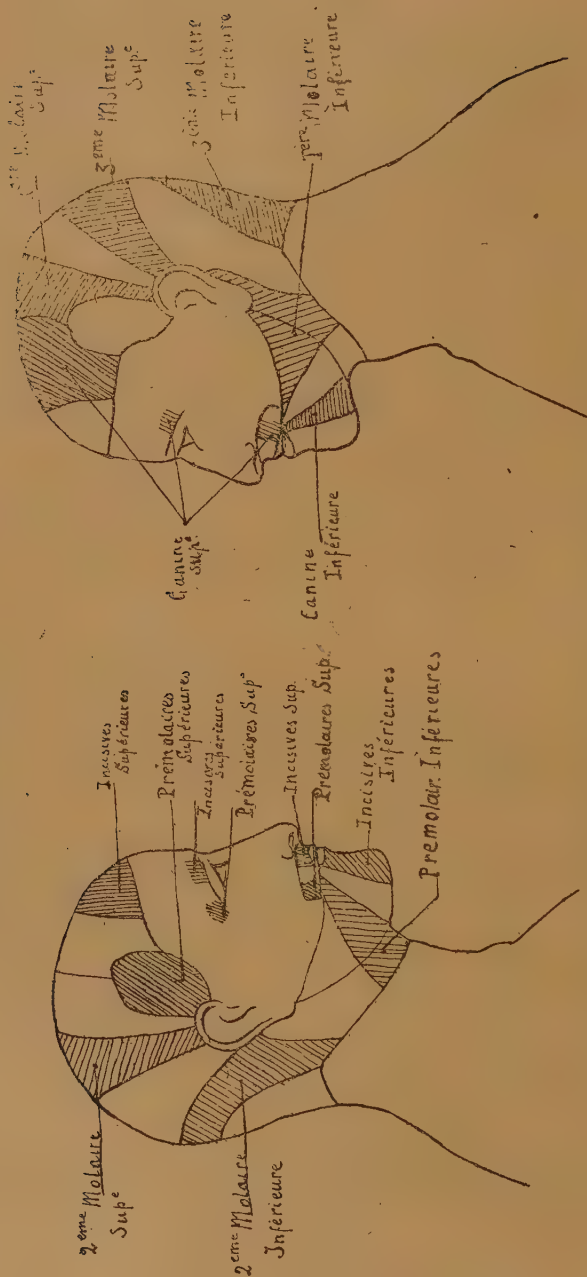


Schéma des Répercussions trophiques d'après M. Rousseau-Decelle

dents de sagesse inférieures, c'est-à-dire dans la région *occipito-nuchale*, mais sur un plan un peu antérieur, près de la région mastoïdienne.

Répercussions sensibles. — Les localisations des répercussions trophiques que nous venons d'exposer sont un peu différentes de celles décrites autrefois par Head au point de vue sensitif.

Head avait décrit des zones cutanées où se répercutent les irritations gingivo-dentaires, ces zones devenant hypersensibles sous l'influence de cette irritation.

1° Les incisives de la mâchoire supérieure réagissent sur l'aire fronto-nasale.

« 2° La canine et la première prémolaire de la mâchoire supérieure réagissent sur l'aire nasolabiale.

« 3° La seconde prémolaire du haut réagit sur l'aire temporale ou sur l'aire maxillaire.

« 4° La première molaire supérieure réagit sur l'aire maxillaire.

« 5° La seconde molaire et la dent de sagesse de la mâchoire supérieure réagissent sur l'aire mandibulaire.

« 6° Les incisives, la canine et la première prémolaire de la mâchoire inférieure réagissent sur l'aire mentonnière.

« 7° La seconde prémolaire inférieure est incertaine, réagissant apparemment sur l'aire mentonnière ou sur l'aire hyoïde.

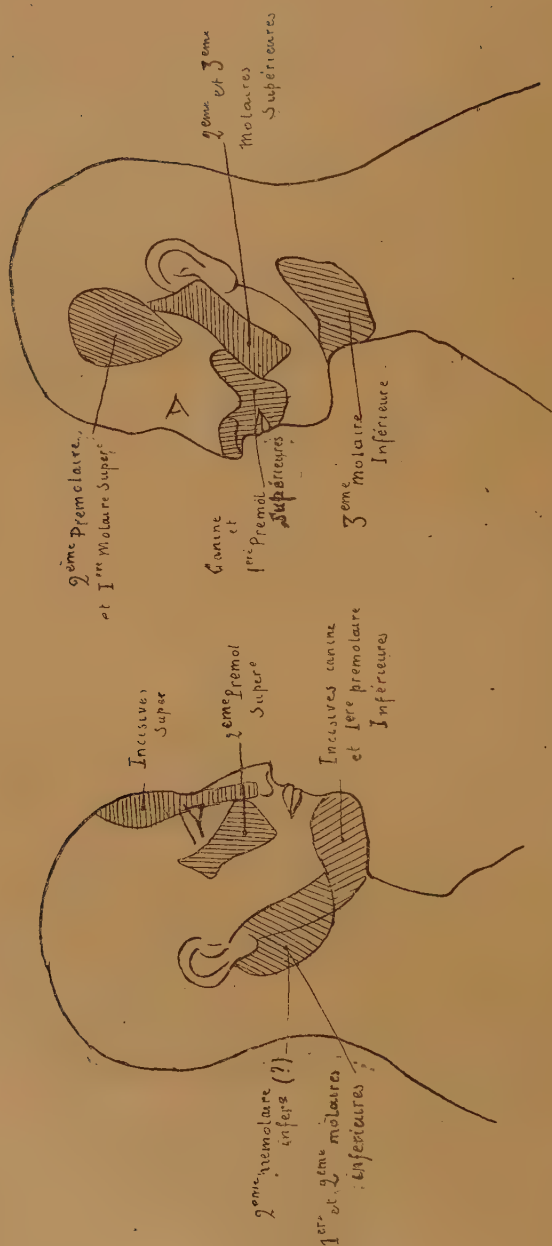


Schéma des Répercussions sensibles d'après Head

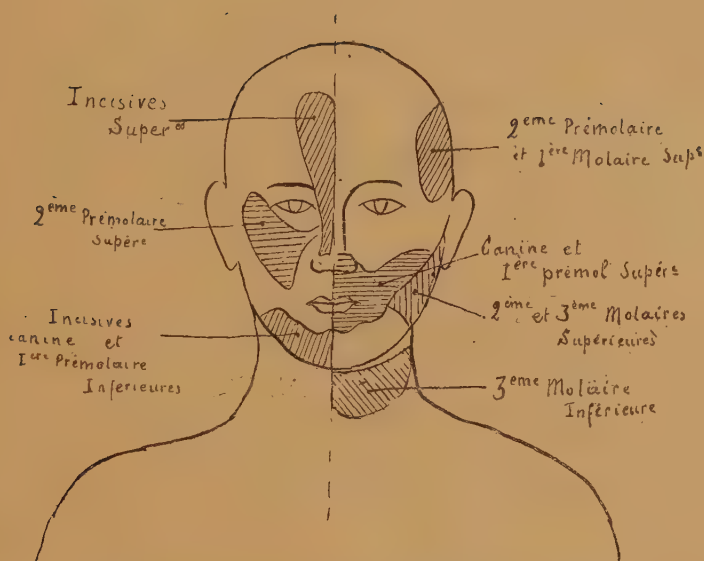


Schéma des Répercussions sensibles d'après Head

« 8° La première et la seconde molaire inférieures
« réagissent sur l'aire hyoïde et provoquent une dou-
« leur dans l'oreille.

« 9° La dent de sagesse inférieure réagit sur l'aire
« laryngée supérieure du cou. » (Head).

Head fait remarquer que dans les cas de lésions de la dent de sagesse inférieure, les malades se plaignent de douleurs dans la gorge ou le cou, et assez souvent que le col frotte sur une place sensible du cou *.

Il signalait que les correspondances ci-dessous

(*) Les répercussions sensibles et trophiques émanant de la dent de sagesse inférieure ont été particulièrement étudiées et localisées d'une façon plus précise par les différents auteurs qui ont étudié la question, ce qui tient à la fréquence des accidents de l'éruption de la dent de sagesse inférieure.

n'existent que lorsqu'il y a maladie de la pulpe dentaire ; par contre si l'état général est mauvais, la zone sensible s'étend, pouvant envahir la moitié de la tête.

De même Bettmann n'a pu retrouver de façon certaine et dans tous les cas, une semblable localisation.

MACHOIRE SUPÉRIEURE

Dents : Répercussions sensibles (Head)

- | | | |
|------|---|----------------------------------|
| 1. 2 | — | région fronto-nasale. |
| 3 | — | naso-labiale. |
| 4 | — | naso-labiale. |
| 5 | — | temporale. |
| 6 | — | genienne. |
| 7 | — | parotidienne et pré-auriculaire. |
| 8 | — | parotidienne et pré-auriculaire. |

Dents : Répercussions trophiques (Rousseau-Decelle)

- | | | |
|------|---|-----------------------------------|
| 1. 2 | — | région frontale et naso-labiale. |
| 3 | — | naso-labiale et fronto-pariétale. |
| 4 | — | temporale et fronto-pariétale. |
| 5 | — | temporale et fronto-pariétale. |
| 6 | — | pariétale. |
| 7 | — | pariétéo occipitale. |
| 8 | — | occipitale supérieure. |

MACHOIRE INFÉRIEURE

Dents : Répercussions sensibles (Head).

- | | |
|----------|-----------------------------------|
| 1. 2. 3. | région mentonnière. |
| 4 | — mentonnière. |
| 5 | — sous-maxillaire. |
| 6 | — angulo-maxillaire. |
| 7 | — angulo-maxillaire. |
| 8 | — sterno-mastoïdienne supérieure. |

Dents : Répercussions trophiques (Rousseau-Decelle)

- | | |
|----------|--------------------------------------|
| 1. 2. 3. | région mentonnière. |
| 4 | — du trou mentonnier, et sous-maxil. |
| 5 | — du trou mentonnier et sous-maxil. |
| 6 | — angulo maxillaire et mastoïdienne. |
| 7 | — occipito mastoïdienne. |
| 8 | — occipito nuchale. |

En comparant les diverses parties de ce tableau, on voit que les zones de projections sont presque identiques pour la mâchoire inférieure, sauf celle de la dent de sagesse : son action trophique s'étendrait plus haut que son action sensitive, atteignant l'occiput.

Pour le maxillaire supérieur les deux groupes différent d'autant plus qu'il s'agit de dents plus reculées sur l'arcade.

Pour les incisives et canines, les répercussions trophiques s'étendent un peu plus haut, verticalement sur le prolongement des zones sensibles ; pour les

prémolaires et la première molaire, la zone trophique se trouve dans le prolongement de la zone sensitive, mais plus haut et légèrement inclinée en arrière.

Pour les 2^e et 3^e molaires, la zone trophique se trouve non plus verticalement au-dessus de la zone sensitive mais franchement en arrière sur une ligne presque horizontale.

En résumé les zones trophiques, plus étendues que les zones sensibles décrites par Head, se trouvent dans le prolongement de ces dernières, en partageant presque toute l'étendue et sont d'autant plus postérieures que la dent initiale est plus reculée.

Les différences de localisation des troubles sensitifs et trophiques sont plus apparentes que réelles. D'abord nous avons fait remarquer que ces zones sont contiguës ou se chevauchent.

Les unes ont été recherchées aux points où les téguments sont doués d'une assez grande sensibilité normale et dont la plupart sont des surfaces glabres. Les autres, étudiées au point de vue de la dépilation, présentent au contraire des surfaces douées d'une sensibilité très atténuée.

Pour les dents du bas les deux zones sont presque identiques : on remarquera que dans ce cas elles présentent un tégument sensible et en même temps couvert de poils.

Pour les zones de répercussion correspondant aux dents du haut, il est probable que les zones pileuses appartiendraient aussi aux localisations de Head si on pouvait apprécier des différences minimales de sensi-

bilité. D'autre part, les zones glabres sous-jacentes sont susceptibles, sous l'influence de l'irritation dentaire, d'être le siège de nombreuses affections (herpès, syphilides, etc.); ainsi que l'a signalé M. Rousseau-Decelle (*Revue maxillo-faciale*).

Il ne faut pas s'attendre à trouver une localisation absolument mathématique dans tous les cas, car assez souvent des causes surajoutées peuvent troubler cette topographie.

Les compressions occasionnées par les peignes, les anciennes cicatrices, des furoncles, etc., peuvent affaiblir la vitalité du derme et modifier le siège de la pelade, l'attirer en quelque sorte. De plus, des différences individuelles dans la distribution des nerfs peuvent se rencontrer ; dans ce cas encore la localisation prévue ne sera pas réalisée.

Fréquence de la pelade d'origine dentaire

Les cas de pelade où se trouve à la base une lésion dentaire forment un groupe important dans l'étiologie de la pelade. Dans certains cas, la lésion dentaire est unique, et peut seule être mise en cause ; la plaque évolue en même temps que l'irritation qui lui a donné naissance, et disparaît avec l'extraction ou la guérison de la dent. Ces cas où l'influence dentaire apparaît comme cause déterminante, *exclusive*, formeraient 10 % de tous les cas de pelade (d'après M. Rousseau-Decelle).

Dans beaucoup d'autres cas, l'influence dentaire peut être soupçonnée, semble prendre une part plus

ou moins *prépondérante*, mais n'est pas exclusive. Ce groupe renfermerait 25 % du total des cas.

Enfin, dans d'autres cas, l'irritation dentaire n'est qu'une des multiples causes qui conditionnent la pelade. « A elle seule elle n'aurait pas été capable de « déterminer la pelade, mais elle a cependant modifié peu à peu le trophisme de la peau dans une région limitée, et elle a contribué par cela même à « l'éclosion d'une pelade suscitée par d'autres causes ; et sans les lésions dentaires, ces autres causes « auraient *peut-être* été inefficaces » (R. D.).

Résultat du traitement gingivo-dentaire.

Suivant les lésions dentaires ou gingivales, le traitement peut être plus ou moins long, et l'irritation mettre plus ou moins de temps à disparaître.

Dans le cas où l'extraction de la dent est indiquée, soit que son état rende les soins inutiles, soit que le médecin estime pour des raisons diverses l'avulsion nécessaire, il est évident que l'épine irritative disparaît de suite. C'est dans ce cas que l'influence du traitement dentaire sur l'évolution de la pelade apparaît d'une façon plus manifeste et plus rapide.

D'autre fois, il est indiqué de garder la dent malade. Dans ce cas le traitement non seulement peut être long, mais peut entretenir et même aggraver une irritation gingivo-dentaire. Les médicaments antiseptiques utilisés pour soigner les dents à pulpe gangrenée, la gutta ou les fils employés pour provoquer ou maintenir l'écartement des dents ou refouler la

gencive, les appareils de redressement voilà autant de causes d'irritation qui peuvent retarder la guérison de la pelade ou même provoquer une recrudescence.

Il en est de même dans les cas où aucun traitement ne peut être institué, comme cela arrive par exemple lors de l'évolution dentaire.

Observations

Dans ces observations, les dents sont désignées par une lettre initiale du côté où elles se trouvent, suivie d'un chiffre qui indique leur rang dans l'arcade, à partir de la ligne médiane.

Les majuscules se rapportent aux dents du Haut, les minuscules aux dents du bas.

Pour les dents temporaires le rang est indiqué par des chiffres romains.

OBSERVATION I (*Personnelle*)

M..., 16 ans, dessinateur. Ce malade s'est présenté à la consultation de St-Louis, le 12 janvier 1921. Il présentait deux plaques peladiques : La première de la dimension d'une pièce de deux francs, siégeant à la bordure inférieure de la nuque, à droite ; son bord interne tangent à la ligne médiane ; le malade l'avait constatée une quinzaine de jours avant. La seconde plaque de 1 cm. de diamètre siégeait à 3 cm. du bord postérieur de l'oreille gauche, sur une ligne inclinée à 45° en haut et en arrière.

Etat de la bouche : quelques dentinites : G7, G6, G2, D2, D6 ; d7.

En bas et à droite, d6 infectée et présentant une fistule vestibulaire.

En bas et à gauche restaient les racines de g6.

Traitement. — Le 14 janvier, extraction de d6.

Le 22 et 29 janvier, soins de G6 et G2.

5 février, extraction de rac. g6.

Le 29 janvier on constatait encore la présence de quelques cheveux peladiques au bord supérieur de la plaqué nuchale qui se trouvait augmentée de quelques millimètres en hauteur, au centre de cette plaque on constatait la présence de nombreux follets.

En février, la repousse continuait et la pelade semblait en voie de guérison.

Je n'ai pas revu le malade depuis.

On peut attribuer l'augmentation momentanée de la plaque à l'irritation produite par l'intervention. Une semblable aggravation se manifeste souvent à la suite d'une extraction dentaire. Par contre, l'irritation causée par la dent étant supprimée radicalement, la repousse s'est produite très peu de temps après.

OBSERVATION II (*Personnelle*)

M. H. R., 22 ans, mécanicien, présente une plaque glabre, rétro auriculaire droite de 1 cm. de diamètre, datant du début de février 1921.

Antécédents héréditaires. — Son père a eu, il y a quelques années, une pelade de la barbe, en relation avec une mauvaise dentition (érosions des collets, gingivite, etc.).

Antécédents personnels. — Le malade a déjà présenté, vers l'âge de 18 ans, une plaque située au niveau de la protubérance occipitale externe.

M. R. jouit d'une bonne santé.

A l'examen buccal on constate la présence d'une première grosse molaire infectée en haut et à droite. Cette dent soignée autrefois, avait été obturée par un amalgame ; la chambre pulpaire était remplie d'une pâte à base d'iodoforme ; les canaux radiculaires n'avaient pas été obturés.

Le traitement (stérilisation de la dent par des antiseptiques à base de formol), n'a amené aucune modification de la plaque pendant le mois de février.

Au début du mois de mars, les canaux ayant été obturés, la dent reçoit une obturation provisoire de gutta. A ce moment, la plaque restée jusque-là stationnaire, augmente un peu.

Le 8 mars, l'obturation de gutta qui débordait légèrement et comprimait la gencive est enlevée et remplacée par une obturation non irritante. La plaque cesse de s'agrandir. On constate l'apparition de follets sur les bords.

L'action irritante du formol a sans doute retardé quelque peu la guérison. La recrudescence qui s'est produite au début de mars peut être attribuée à la compression de la gencive causée par la gutta. Dès que cette dernière irritation a disparu les cheveux ont commencé à repousser.

OBSERVATION III (*Personnelle*)

Mme M., journalière, 50 ans, s'est aperçue au mois d'octobre 1920, d'une plaque glabre arrondie, du diamètre d'une pièce de 1 franc et située à la bordure de la nuque, du côté gauche, et atteignant la ligne médiane.

La santé générale est assez bonne sauf quelques bronchites saisonnières au début de l'hiver. Elle n'a pas présenté de maladie générale depuis très longtemps.

Etat dentaire. — La malade porte un appareil en haut. Du côté gauche, il lui reste deux prémolaires et une dent de sagesse, il manque les 1^{re} et 2^e molaires. La dent de sagesse avait déjà été soignée en 1918, au moment de l'examen elle était infectée.

L'extraction de cette dent de sagesse soupçonnée d'être la cause de cette pelade est décidée, et faite par le Dr D. (début de décembre 1920).

La malade n'a fait aucun traitement externe local.

Evolution de la pelade. — Quatre mois après l'extraction, c'est-à-dire vers avril 1921, les cheveux repoussaient au niveau de la plaque, mais grêles et décolorés. La plaque ne s'était pas agrandie depuis décembre. Après deux mois (juin-juillet) ces cheveux follets sont tombés de nouveau et ont été remplacés par des cheveux semblables aux voisins. Actuellement, toute trace de pelade a complètement disparu.

Cette dame met très rarement un chapeau ; je n'ai pu trouver aucune cause d'irritation locale.

OBSERVATION IV (*Rousseau-Decelle, inédite*)

M. G., 11 ans $\frac{1}{2}$. Pelade dentaire (évolution). Hérité nerveuse, irritations narinaires.

Pelade : 3 aires.

1° Aire pariétale moyenne droite, dimension 2 fr., incomplètement glabre, date de 1 mois.

2° Aire sincipitale, bouquet central. A la périphérie surface glabre, dimension 5 fr.

3° Aire pariétale supérieure gauche plus petite que 2 fr., date de 1 mois, incomplètement glabre ; poils massués et cassés.

Odontalgies fréquentes, évolution dentaire normale. Actuellement, évolution de G5, de G3 et D3.

Pulpite subaiguë de Grv très mobile (G5 est immédiatement au-dessous).

Malformations dentaires (nanisme de G2 et D2).

En bas, pas d'évolution actuelle.

10 février. — Extraction de DIII et Grv.

Antécédents. — 3 enfants.

1° Un garçon, 16 ans, nerveux.

2° Le malade, 11 ans $\frac{1}{2}$.

3° Un garçon, 7 ans $\frac{1}{2}$.

Les enfants sont de plus en plus nerveux et de plus en plus mal portants du 1^{er} au dernier.

Mère toussant beaucoup ; père extrêmement nerveux, tantes ayant des maladies nerveuses.

Antécédents personnels. — Impetigo très tenace n'ayant disparu que depuis un an environ. Laryngite chronique. Appétit capricieux ; narcolepsie post prandiale depuis quelques jours.

12 mai. — 1° Agrandissement des 2 aires pariétales qui sont égales à 5 fr. Repousse centrale mais très nombreux poils massués au pourtour.

2° Statu quo de l'aire sincipitale sauf une encoche inférieure droite très limitée.

3° Très nombreuses petites aires disséminées dans toute la tête (4 plus petites que 0.20) dans la région occipitale et une dizaine ayant environ le diamètre de 0.20 disséminées dans les régions pariéto-frontales avec maximum droit.

Troubles locaux de voisinage. — Hyperthésie du nerf maxillaire inférieur droit. Ganglions sous-maxillaires, sous angulo-maxillaires, rétro-mastôidiens mobiles, indolores variant d'un pois à une petite noisette.

Etat dentaire.

Evolution de d4 et d5 dont les cuspides émergent de la muqueuse vascularisée d'une façon importante.

Evolution de g4 dont la cuspide se voit par transparence sous la muqueuse vascularisée.

En haut, l'évolution dentaire est terminée sauf G3 perceptible sous la muqueuse et n'ayant pas bougé depuis février.

Etat buccal. — Amygdales un peu volumineuses, surtout la droite.

Nez. — Coryzas très fréquents. Muqueuse nasale très irritée formant un cercle rouge aux orifices nasaux ; croûtes.

Au total, pelade multiple survenue en janvier chez un enfant chétif, nerveux, digérant mal, au moment d'une poussée dentaire évolutive ayant son maximum d'importance au maxil-

laire supérieur. Accessoirement irritations nasales importantes qui vont être soignées.

Actuellement, évolution dentaire à peu près terminée en haut, importante en bas et à droite.

2 juin. — Repousse très importante des 3 premières aires.

Arrêt de l'extension des aires secondaires. L'évolution dentaire inférieure se poursuit : les deux prémolaires droites sont émergées de la muqueuse, g5 également ; g4 se voit sous la muqueuses très amincie.

Le traitement nasal (irrigations nasaires) n'a pas été fait.

OBSERVATION v (Personnelle)

M., 60 ans, journalier. Ce malade présentait de nombreuses plaque de pelade et de canitie disséminées sur le cuir chevelu et la barbe. Sa pelade remontait à plusieurs années et avait déjà été traitée plusieurs fois.

Etat dentaire. — Nombreuses racines : D5, D4, G4, G5, G6, G8, d7, g6; en haut une dent infectée G7. De plus, il présentait de la gingivite due au mauvais état des dents et au manque de soins.

Traitement. — 24 décembre 1920, extraction des racines G4, G5, G6.

30 décembre 1920, extraction de G8, g6.

4 et 7 février 1921, G7 pansements au trichrésol formol.

11 février 1921, G7 curage des canaux radiculaires.

18 février 1921, G7 obturation des canaux.

19 février, extraction de d7.

22 février, G7 obturation à l'amalgame.

Ce malade semble avoir bénéficié du traitement dentaire.

Comme on le voit, seul le côté gauche a été soigné pendant les premiers mois. A la suite des extractions, et environ deux mois après qu'elles furent pratiquées, il y avait une légère re-

pousse du côté gauche, surtout visible au niveau de la joue où la barbe, plus drue, semblait plus raide que celle du côté droit.

OBSERVATION VI

M. M. D., étudiant, 20 ans, a présenté au mois de septembre 1911, une pelade située en arrière et au-dessus de l'oreille droite ; plaque arrondie de 1 cm. 5 environ.

Cette plaque a suivi l'évolution d'une lésion dentaire.

D6 avait déjà été soignée auparavant et avait été obturée (amalgame).

En mai, cette dent étant devenue douloureuse (récidive de carie et pulpite), l'étudiant fit enlever l'amalgame, et soigner cette dent, en vue d'y mettre une couronne (dévitalisation, puis antisepsie des canaux).

Les derniers pansements faits fin juin ; les canaux n'avaient pas encore été obturés ; quelque temps après, le pansement ayant été usé, la dent se trouva ouverte et exposée à l'infection. C'est deux mois après environ que la plaque de pelade apparut.

L'extraction de la dent infectée fut pratiquée les premiers jours de novembre et suivie, au bout d'une semaine, d'un curettage alvéolaire.

La repousse des cheveux a suivi la dernière intervention de deux mois (janvier 1912). Depuis M. D., n'a jamais présenté de nouvelle pelade.

D'un tempérament nerveux, M. D. n'avait aucun antécédent peladique personnel ni familial. A cette époque on ne retrouve comme cause de soucis ou de fatigue que ses études.

OBSERVATION VII (M. Rousseau-Decelle, inédite)

Résumé de l'observation : Hérédité nerveuse, nervosisme, troubles gastriques. *Traumatismes masticatoires sur dent de sagesse.*

M. G., 25 ans, orfèvre, 4 mars 1909.

Antécédents héréditaires. — Famille plutôt agénésique ; parents nerveux.

Antécédents personnels. — Très nerveux ; grande impressionnabilité, syncopes assez fréquentes à la suite de traumatismes légers.

Jamais malade.

Histoire de la maladie. — Début il y a 2 ans $\frac{1}{2}$. S'aperçoit d'une aire occipitale gauche, probablement liée à l'évolution de la dent de sagesse supérieure gauche. Guérison en 9 mois environ.

En décembre 1906, c'est-à-dire 5 à 6 mois après la première, apparition d'une aire nuchale droite, dimension 1 fr.

Depuis, accroissement progressif ; aujourd'hui, ophiasis important débordant la ligne médiane.

Influence possible du faux col qui était porté très haut jusqu'à il y a un an.

Etat actuel. — Ophiasis débordant la ligne médiane de 0,03 cm. environ, absolument glabre. 8 ou 10 follets disséminés sur l'aire. Sensibilité un peu plus grande à gauche.

Troubles de voisinage. — Hyperesthésie de toutes les émergences du trijumeau droit, particulièrement des sous-orbitaires et mentonniers, Hyperesthésie musculaire droite.

Etat buccal. — Pression douloureuse en arrière de d8 ; probablement, la cause de cette douleur est le traumatisme constant de la muqueuse par la dent de sagesse supérieure. Légère kératinisation de la muqueuse.

Amygdale droite hypertrophiée.

Troubles gastriques. — Tachyphagie, pesanteur gastrique, érythrose, narcolepsie.

Troubles généraux. — Lassitude générale, douleur des jointures, coryzas, fléchissement de l'état général il y a un mois environ et durant une quinzaine.

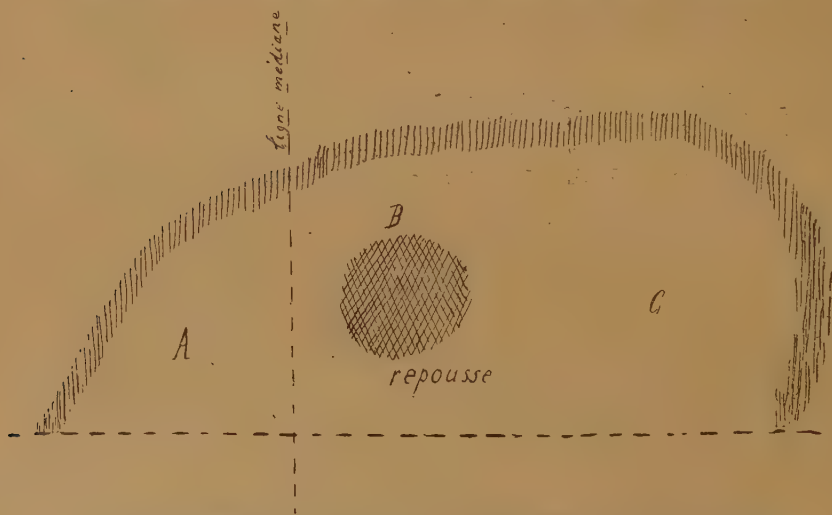
6 mars. — L'hyperesthésie du côté droit est très diminuée, mais le côté gauche est actuellement très hyperesthésié (toutes les émergences du trijumeau).

La gencive rétromolaire, non sensible avant-hier, est devenue très douloureuse à la pression, sans modifications objectives autres.

L'aire qui déborde du côté gauche est extrêmement sensible à la pression dans toute la partie gauche, et au pourtour immédiat.

3 avril. — Depuis 1 mois le sujet ne mange pas du côté droit ou du moins très peu.

Les troubles gastriques sont améliorés mais non disparus.



La tachyphagie étant moins considérable il n'y a presque plus d'érythrose, moins de narcolepsie (plus du tout à midi, mais persiste encore le soir). Toujours un peu de pesanteur gastrique intermittente. Depuis 15 jours le vin est remplacé par du lait.

Etat général sensiblement le même, c'est-à-dire sensation intermittente de lassitude générale et de faiblesse dans les jambes.

Etat buccal. — Le malade ne mange plus du côté droit. La gencive rétromolaire est beaucoup moins traumatisée et n'est plus keratinisée comme précédemment.

La gencive rétromolaire gauche est toujours douloureuse.

Point néodentaire gauche particulièrement sensible à la face interne du maxillaire.

Troubles de voisinage. — Trijumeau gauche très notablement plus douloureux que le droit.

Etat local. — Repousse localisée du diamètre de 1. fr. à droite de la ligne médiane, à 2 cm. environ.

L'examen de la sensibilité sur l'aire donne les résultats suivants : sur la repousse, la sensibilité est un peu plus vive. Le sujet perçoit les deux pointes du compas distantes de 2 cm. ; sur les autres parties de l'aire il n'en perçoit qu'une. La partie de l'aire où la sensibilité est la moins vive, la plus engourdie, est la partie gauche.

22 avril. — La repousse continue en B, le bouquet est un peu plus fourni.

En C, apparition d'un duvet extrêmement fin, surtout sur les bords.

En A, la peau est toujours strictement glabre.

Il y a une hyperesthésie véritable qui n'existait pas il y a trois semaines. Cette hyperesthésie cutanée est accompagnée d'une hyperesthésie violente des émergences du trijumeau gauche.

De même, la pression rétro molaire gauche est toujours très douloureuse. Depuis 15 jours, les sensations douloureuses subjectives, spontanées en arrière de g7 sont plus fréquentes. Il faut noter que depuis 15 jours, le malade a repris l'usage de la viande. (Il avait pendant un mois supprimé toute mastication, en ne mangeant que purées, potages, et crèmes). Les troubles gastriques sont plutôt exagérés depuis 15 jours. Narco-

lepsie intermittente, sensations de brûlures après les repas (1/2 heure après environ), bâillements tout l'après-midi.

13 mai. — Diminution de l'aire à la périphérie, et en même temps augmentation de l'étendue du bouquet central. La portion intermédiaire est complètement glabre.

Une petite aire lenticulaire glabre est remarquée aujourd'hui dans la région occipitale droite au-dessus de la grande aire nuchale.

Hyperesthésie assez marquée des sus-orbitaires et mentonniers droits. La pression est toujours sensible en arrière de g7, adénopathie très légère, mais sensible du côté gauche.

Etat gastrique amélioré à la suite de l'absorption de bicarbonate de soude — les sensations de brûlure ont disparu.

Légère teinte jaunâtre des conjonctives.

6 juillet. — L'aire ne s'est pas étendue ; elle est recouverte d'un duvet extrêmement fin ; le bouquet central est à peu près stationnaire.

L'état général est bon malgré un surmenage prolongé (depuis avril) de 6 h. du matin à 8 h. du soir, qui se traduit par une irritation oculaire assez vive.

Les troubles gastriques sont très améliorés. Plus de narcolepsie, plus de sensation de brûlure.

Le sujet mange toujours exclusivement du côté gauche.

La pression est toujours sensible également en arrière de la 2^e molaire inférieure gauche.

OBSERVATION VIII (M. Rousseau Decelle, inédite)

Résumé de l'observation : 2^e récidive de pelade, surmenage physique, origine dentaire.

M. P., 40 ans, valet de chambre, 14 janvier 1910.

Pelade occipito nuchale gauche, paraissant en août 1909, — guérie en six semaines environ —, au cours d'un grand

surmenage physique. Récidive à la même place en décembre 1910. Survenue également à la suite d'un grand surmenage physique au cours d'une sciatique gauche laryngite importante depuis la fin de septembre 1910.

Origine dentaire certaine. Extraction de g8 le 21 janvier. Pelade de la dimension de 5 fr. absolument glabre. Lors de l'extraction pas de poils malades au pourtour.

28 janvier. — La repousse commence sur toute la surface de l'aire.

Antécédents personnels. Très grand nervosisme ; impressionnabilité extrême. Wasserman négatif.

OBSERVATION IX (*M. Rousseau-Decelle, inédite*)

Résumé de l'observation : Hérité nerveuse. Irritations centrales. Surmenage. Troubles gastriques. Irritations dentaires localisatrices. Repousse immédiate après l'intervention dentaire.

M. L., 37 ans. Représentant. 22 novembre 1910.

Pelade de la barbe symétrique depuis 5 mois.

Aire pariéto-occipitale supérieure gauche en rapport avec un kyste de G4, date de 2 mois $\frac{1}{2}$ environ. Repousse actuelle après extraction de la dent et du kyste il y a 15 jours.

Petite aire occipito nuchale droite datant de 2 mois $\frac{1}{2}$.

Depuis 6 ou 8 mois, grande excitation nerveuse à la suite d'expériences d'aéroplane et de déboires, en même temps grand surmenage physique.

Début par prurit.

Troubles gastriques. — Ballonnement, narcolepsie, aigreurs dues à la tachyphagie.

Pharyngite chronique.

Grand nervosisme. Hérité nerveuse paternelle.

OBSERVATION X (*M. Rousseau-Decelle, inédite*)

Mme J., 24 ans, 16 avril 1912.

Pelade pariétale droite et pariéto-frontale gauche ayant débuté il y a 4 mois et ayant guéri immédiatement à la suite de soins dentaires que la malade a réclamés spontanément.

Au mois de septembre, pendant un mois, maladie fébrile avec céphalée que l'on a pensé être une fièvre typhoïde.

En juillet, nombreuses crises dentaires subintrantes (pulpite et arthrite) ayant nécessité l'extraction de g6, g7, g8 et de d7.

Grand nervosisme avec crises de nerfs fréquentes

Surmenage physique et moral en juillet-août.

Troubles gastriques : bouffées de chaleur, narcolepsie.

Tachyphagie. Pas de mastication.

Guérison totale de la pelade.

OBSERVATION XI (*M. Rousseau-Decelle, inédite*)

Mme B., 27 ans, 29 octobre 1912.

Pelade frontale droite ayant débuté fin août, un mois $\frac{1}{2}$ environ après le port d'un appareil de prothèse mal ajusté, au cours d'ennuis, de préoccupations quotidiennes empêchant le sommeil. Troubles gastriques depuis 3 ou 4 mois, érythrose, pesanteur. Depuis un an violents troubles génitaux, douleurs localisées à droite, durant 1 journée tous les mois. Règles moins abondantes. 3 fausses couches (il y a 5 ans, il y a 4 ans, il y a 1 an).

Appareil dentaire. — Bonne denture, mais 2 racines au maxillaire supérieur : G3, racine non obturée présentant de l'arthrite chronique ; D4, 2 racines séparées, non obturées avec arthrite chronique.

L'appareil porte particulièrement sur ces racines droites, qui sont traumatisées. Inflammation gingivale au pourtour.

Au maxillaire inférieur, racines de g7 mobiles. Arthrite simple. Gingivite tartrique importante autour de g3 poussée tardivement en dehors de l'arcade.

Alopécie. — Plaque frontale droite de la dimension de 2 fr. environ, recouverte de follets de repousse, encerclée de poils massués extrêmement nombreux.

Sensibilité notablement diminuée sur l'aire peladique : la sensation des 2 piqûres au compas indique une sensibilité moindre que dans la région frontale symétrique gauche.

5 novembre. — Etraction de D4.

15 février. — Guérison absolue ; la plaque n'est plus visible.

OBSERVATION XII (M. Rousseau-Decelle, inédite)

Résumé de l'observation : Pelade multiple. Syphilis. Tabagisme. Troubles gastriques. Irritations multiples. Apparition d'une aire de moustache aussitôt après traumatisme sur canine supérieure du même côté.

M. R. 24 ans, 5 juillet 1910.

Pelade il y a 5 ans. Aire pariétale gauche plus grande que 2 fr., guérie en 3 mois.

En septembre dernier, petite aire nuchale médiane qui augmente de plus en plus.

Puis successivement 4 aires : occupant toutes les régions occipito nuchales, sauf une région pariétale supérieure droite.

Antécédents. — Syphilis il y a 3 ans, soignée dès le début et encore soignée actuellement.

Nervosisme héréditaire accru depuis la syphilis.

Légère narcolepsie, ballonnement après les repas.

Tabagisme (20 cigarettes par jour).

Pelade survenue dans les circonstances suivantes : au cours des manœuvres.

Causes localisatrices.

23 juillet. — Pas d'aires nouvelles, mais au contraire repousse sur toutes les aires sauf l'aire initiale (nuchale médiane).

Les dents sont en traitement : D4 est extraite depuis 15 jours, G3 est extraite en partie seulement (le dentiste a laissé l'apex).

Comme résultat direct de cette irritation est survenue une dépilation en aire de la moustache gauche, juste au niveau de la canine, et cela depuis 5 à 6 jours.

12 novembre. — L'aire pariétale supérieure droite est complètement guérie.

Les lésions dentaires supérieures droites ont été traitées.

La dépilation de la moustache s'est arrêtée.

Les troubles gastriques ont eu une recrudescence il y a 15 jours environ.

L'état général est bien meilleur, le malade a engraisé.

L'état local est meilleur. Une repousse importante existe sur toutes les aires, sauf sur l'aire initiale qui est encore glabre.

26 novembre. — Repousse progressive sauf l'aire primitive toujours glabre.

OBSERVATION XIII (M. Rousseau-Decelle, inédite)

Résumé de l'observation : Evolution difficile des dents de sagesse (trismus). Surmenage physique et cérébral. Hérité nerveuse. M. C., 35 ans, 5 juin 1909.

Antécédents héréditaires. — Mère excessivement nerveuse. Frère très nerveux mort il y a 5 ans (cirrhose).

Antécédents personnels. — Convulsions dans l'enfance ; fièvre typhoïde il y a 4 ou 5 ans.

Histoire de la pelade. — Apparition dans la région nuchale gauche (tiers externe) d'une aire de la dimension de 0 fr. 20, il y a 3 mois (mars).

Agrandissement progressif 15 jours ou 3 semaines après (dimension de 2 fr.). A ce moment apparition d'une aire frontale gauche presque sur la lisière des cheveux.

En février, accident de dent de sagesse inférieure gauche, occasionnant un trismus violent pendant 8 jours.

Ce même accident s'est produit il y a 4 ans, mais n'a pas alors occasionné de pelade.

Quels sont donc les causes qui ont rendu cet accident peladogène, il y a 4 mois ?

1° Depuis 6 mois changement de vie complet ; surmenage physique et cérébral (longs voyages de 300 à 400 km. une ou deux fois par semaine à la suite desquels le malade se sent fatigué et courbaturé.

2° Apparition de la poussée inflammatoire autour de la dent de sagesse en février-mars.

Alopécie.

1° *Aire nuchale rétro-auriculaire gauche* plus grande que 2 fr. de forme triangulaire *absolument glabre* sans poils massués ni déformés, mais caducs. Depuis 15 jours, *au pourtour de l'aire, sensations pruritiques.*

2° *Aire frontale gauche* dimension environ 2 fr. en repousse déjà avancée ; à la partie antérieure petite cicatrice déprimée de date indéterminée.

Hyperesthésie de tout le trijumeau *gauche* et du nerf d'Arnold *gauche*. Hyperesthésie musculaire *gauche* (sterno-cleido mastoïdien).

Troubles gastriques. — Tachyphagie, mais pas de troubles fonctionnels consécutifs sauf des aigreurs assez fréquentes. 1 litre $\frac{1}{2}$ par jour. Assez grand fumeur.

Etat bucco dentaire :

Dent de sagesse inférieure *gauche* incomplètement évoluée, pas tout à fait sur le même plan que la 2° molaire, mais surtout recouverte dans son tiers postérieur par un bourrelet gingival.

Dent de sagesse inférieure droite normale dans son évolution.

Traitement. — Extraction de g8.

17 mars 1910, revu M. C. La plaque nuchale *gauche* est complètement disparue. Il n'en reste plus aucune trace. Il en

est de même de la plaque frontale qui, au dire du malade, était déjà invisible dès le mois d'août 1909.

OBSERVATION XIV (*M. Rousseau-Decelle, inédite*)

M. L., 41 ans, employé de commerce, février 1909.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 13 ans. Nervosisme. Crise nerveuse indéterminée il y a 3 ans $\frac{1}{2}$, très violente, survenue au cours d'un grand surmenage et d'excès de tabac. A la suite, pendant plus d'un an, sensation d'angoisse, de peur, à tout moment, surtout la nuit, due à la crainte qu'une crise semblable ne revienne. C'est au cours de cet état nerveux qu'apparaît la pelade en octobre 1906.

Elle apparaît autour du trou mentonnier droit, peu de temps après une crise dentaire droite.

En janvier et février, la bouche est mise en état.

En juin, l'aire mentonnière droite qui atteint la dimension de 2 fr. à son maximum de développement est presque complètement guérie.

Mais en juillet, apparaît une aire symétrique gauche.

Depuis son apparition, en juillet 1907, cette aire gauche n'a jamais guéri complètement. A la suite d'applications de teinture d'iode, la repousse se fait, mais très fugace, bientôt suivie de rechute. L'aire droite subit les mêmes alternatives, mais la guérison y est totale, seulement elle ne persiste pas, des applications de teinture d'iode font repousser, mais la guérison ne dure pas. La dernière guérison, qui semble précaire, remonte à 4 mois.

Il y a 10 jours, apparition d'une aire pariétale gauche.

Cette dernière aire est survenue quelques jours après une très légère amygdalite bilatérale. Depuis 2 à 3 mois, sensation d'agacement, de « fatigue » des dents du côté gauche.

Etat actuel :

Aire droite mentonnière. — N'existe qu'à l'état de vestige, les poils sont un peu plus clairsemés que dans les parties voisines.

Aire mentonnière gauche. — En arrière et en bas du trou mentonnier, sur le bord du maxillaire, de la dimension de 0 fr. 50 absolument glabre, peu hypotonique.

Aire pariétale gauche. — De la dimension de 1 fr. Incomplètement glabre. Surface irritée. Nombreux poils massués et cassés. Hypotonie, séborrhée.

Troubles du voisinages.

Hypersensibilité très marquée des nerfs sus et sous-orbitaires gauches.

Hyperesthésie plus légère du mentonnier gauche, mais cependant très notable différence avec le côté droit.

Pas d'hyperesthésie musculaire. Pas d'adénopathie.

Troubles gastriques. — Semblent nuls.

Appareil pulmonaire : rien.

25 mars. — G¹ a sa vitalité bien diminuée, bien qu'il n'existe pas de lésions de carie, il y a une mortification très lente de la pulpe qui se traduit par une irritation sourde et continuelle de cette dent.

L'extirpation de la pulpe est pratiquée. A sa suite, tous les phénomènes douloureux disparaissent.

Aussitôt la repousse commence d'une façon ferme et continue sur les deux aires : pariétale et mentonnière gauche.

25 mai. — Guérison des aires gauches : totale.

Du côté droit, il y a 3 semaines, petit furoncle, presque minuscule, à la commissure labiale droite. Presque simultanément, petite aire peladique gauche de la dimension de 0 fr. 20, en dépilation incomplète et déjà en repousse (région mentonnière).

17 octobre. — G¹ est redevenue légèrement sensible. Quelques jours après réapparition d'une aire mentonnière près du bord inférieur du maxillaire en arrière du trou mentonnier.

Désobturation de la dent faite à la gutta et certainement perméable. Désinfection du canal.

25 octobre. — G^r n'est plus douloureuse. Repousse marquée sur l'aire gauche.

15 novembre. — Revu le malade, l'aire est complètement guérie, la dent absolument indolore est obturée définitivement.

OBSERVATION XV (M. Rousseau-Decelle, inédite)

Résumé de l'observation : Pelade datant de 10 mois, en accroissement progressif. Nervosisme. Origine dentaire manifeste. Repousse rapide après la mise en état bucco dentaire.

Mlle G., 22 ans, 25 février 1908.

Antécédents héréditaires. — Parents très nerveux.

Antécédents personnels. — Nervosisme très accusé, mais sans manifestations bruyantes.

Il y a 2 ans « embarras gastrique » durant un mois ; depuis troubles dyspeptiques continuels. Tachyphagie. Pas de mastication. Erythrose digestive. Narcolepsie.

Etat dentaire mauvais.

Histoire de la pelade :

Début en mai 1907. En mars, avril : émotions, chagrins, décès de plusieurs membres de sa famille. A la même époque, crises dentaires très violentes, limitées à droite (probablement poussée d'arthrite).

Dépilation diffuse très abondante vers fin mars et commencement d'avril. A la mi-avril s'aperçut de la plaque frontale.

Actuellement :

1° Grande plaque frontale médiane grande comme 3 pièces de 5 fr. au minimum, encoches nombreuses à la périphérie. Aire absolument glabre. Peau grasse, hypotonique. Poils malades au pourtour.

2° Aire fronto pariétale près de la ligne médiane de la dimension de 2 francs.

3° Aire fronto pariétale inférieure de la dimension de 0,5, réunie à la précédente.

4° Aire pariétale inférieure de la dimension de 2 francs.

5° Grande plaque lambdoïde supérieure, de la dimension de 5 francs.

6° Aire pariétale supérieure droite de la dimension de 0,50.

Toutes ces plaques sont disposées suivant un tracé hélicoïde autour du tourbillon.

7° et 8° Deux plaques occipitales gauches de la dimension de 1 fr. chacune.

9° Plaque pariéto occipitale droite de la dimension de 2 fr.

10° Une plaque occipitale supérieure de la dimension de 2 francs.

Toutes ces plaques sont en activité. Peau glabre et huileuse, hypotonie très marquée. La dépilation est cependant beaucoup moins accusée depuis un mois.

Troubles de voisinage. — Hyperesthésie des émergences nerveuses droites.

Adénopathie légère sous-maxillaire un peu plus sensible à gauche.

28 février. — Extraction de d6 et d7.

6 juin. — La malade est revue en bon état.

Depuis le 28 février, elle avait été revue à plusieurs reprises. La bouche avait été mise complètement en état. Malgré tout la repousse était strictement nulle. La chute seule était enrayée.

Aujourd'hui, 6 juin, la repousse est manifeste sur toutes les plaques, surtout sur les aires latérales.

La plaque frontale est recouverte aussi d'un très léger duvet, mais la repousse y est plus lente que sur les voisines.

25 juin. — La repousse continue surtout sur les plaques latérales et occipitale dont certaines sont pour ainsi dire guéries. La plaque frontale et la plaque sincipitale qui sont les deux

plus anciennes sont beaucoup moins avancées dans leur repousse (quelques follets très fins).

L'état général, l'état gastrique sont très améliorés.

L'état bucco dentaire est très bon.

19 août. — Les aires latérales et occipitales sont complètement guéries ; il est impossible actuellement de reconnaître les places où elles se trouvaient. Les plaques frontales et lambdoïde sont couvertes de follets serrés.

7 octobre. — Les aires frontales et lambdoïde sont maintenant recouvertes de cheveux longs et bien colorés. La pelade est totalement guérie.

Il n'y a plus ni hyperesthésie ni adénopathie.

A noter, cependant, une séborrhée abondante.

Très bon état général.

OBSERVATION XVI (M. Rousseau-Decelle, inédite)

Résumé de l'observation : Pelade de récédive datant de 3 semaines. Hyperesthésie systématisée gauche. Nervosisme. Surmenage nerveux. Excès génitaux. Excitations dentaires. Causes occasionnelles : traumatisme moral.

M. A., 42 ans, 19 mai 1908.

Antécédents personnels. — Nerveux.

Amygdalite phlegmoneuse il y a 20 ans.

Céphalées fréquentes (tous les mois environ) durant 24 heures, limitées au côté gauche.

« Pieds et mains toujours brûlants ».

Première attaque de pelade il y a 15 mois, dans la région pariéto occipitale gauche de la dimension de 1 fr. Durée 40 jours à 2 mois et coïncidé avec migraines et odontalgies.

Histoire actuelle :

Pelade de la barbe, région sous-maxillaire gauche, de la dimension de 1 fr. environ — date de 15 à 20 jours. A été pré-

cédée un mois avant (un mois $\frac{1}{2}$ peut-être) de violentes odontalgies gauches.

Aire sous-maxillaire gauche. — Forme irrégulière entièrement glabre ; peau très amincie.

Un peu au-dessous, séparée par une bande transversale de poils, autre aire plus petite, irrégulière, un peu plus récente.

Amincissement très manifeste de la peau.

L'augmentation de la sensibilité cutanée est également appréciable sur les aires.

Il ne semble pas y avoir de poils malades à la périphérie de l'aire, mais le malade se rasant très souvent, il est difficile de l'apprécier.

Troubles de voisinage. — Hyperesthésie légère de tous les points d'émergence du trijumeau gauche. Pas de modifications de la sensibilité profonde.

Les régions sous et angulo-maxillaires gauche sont plus sensibles à la pression profonde.

Le point osseux coronoidien est un peu plus sensible à gauche.

Les glandes sous-maxillaires sont perceptibles à la palpation.

Une très légère lymphangite gauche.

Troubles digestifs. — Depuis dix ans. hyperchlorhydrie. Consistent en douleurs violentes survenant 1 h. $\frac{1}{2}$ après les repas ; durant ou 2 heures, disparaissant par le bicarbonate de soude. Aigreurs, narcolepsie très marquée. Ballonnement de l'estomac. Tachyphagie.

Système nerveux. — Neurasthénie violente il y a 3 ans. Encore actuellement, grande lassitude. Courbature le matin au réveil. Excès génitaux.

Etat de la bouche. — Pharyngite prédominant sur la moitié gauche de l'arrière-gorge, l'amygdale gauche, le pilier gauche.

Dents : En haut, à droite : D4 et D7 à l'état de racines.

En haut à gauche : G2 et G7 à l'état de racines ; G4 et G6 extraites il y a 10 et 15 ans.

En bas, à gauche, carie pénétrante de g7 avec arthrite chronique.

Il n'y a pas de dents de sagesse.

26 mai. — Extraction des racines de D4, D7 et G7.

2 juin. — Le malade se rappelle qu'il y a 40 jours, 10 à 12 jours avant l'apparition de la pelade, il a eu une émotion extrêmement violente, en laissant tomber sa fille (chute ayant amené une fracture de la clavicule). Violent chagrin consécutif.

Depuis le 26 mai l'état gastrique est très amélioré à la suite du régime lacto-végétarien (plus d'aigreurs, plus de ballonnement, plus de crises d'hyperchlorhydrie).

Le malade se sent plus reposé, le sommeil est meilleur.

L'éréthisme génital et les excès sont toujours grands.

Etat de la pelade. — Statu quo. Dans la région génienne gauche une place un peu dégarnie sur laquelle on trouve 2 poils malades (agénésie ?). Il faut noter la sensibilité au rasoir, beaucoup plus grande du côté gauche, depuis 20 à 25 jours.

Troubles de voisinage. — Hyperesthésie du sous-orbitaire gauche, du mentonnier gauche, de l'auriculo temporal gauche. Elle est moins nette au sous-orbitaire.

Les régions sous et angulo-maxillaire gauche sont toujours plus sensibles à la pression profonde. Le point coronoidien gauche est toujours sensible.

Les glandes sous-maxillaires ne sont plus perceptibles. Plus de lymphite.

11 juin. — Le malade a repris son alimentation habituelle il y a 3 jours.

Il ressent actuellement quelques aigreurs.

Le sommeil est meilleur ; l'éréthisme génital moins grand.

Aire peladique. — Repousse de petits follets extrêmement fins sur toute l'aire. Sensibilité au rasoir un peu moins grande.

Même constatation pour les troubles de voisinage.

20 juin. — Arthrite aiguë de G2 à la suite de manœuvres in-

tempestives d'un dentiste pour placer une dent à pivot. Début de cette arthrite le 19 juin. Aujourd'hui fluxion.

Aire recouverte de follets dans toute la partie supérieure de l'aire 1.

L'hyperesthésie cutanée y est moins manifeste que précédemment.



Troubles de voisinage. — Les nerfs sus-orbitaire et sous-orbitaire gauche sont plus sensibles qu'il y a 8 jours.

Troubles digestifs très améliorés.

Système nerveux, même état.

26 juin. — G₂ a été extraite avant-hier. Depuis ce matin, toute douleur a disparu au niveau de l'alvéole.

L'aire est en repousse progressive. Le champ de repousse s'étend vers la partie inférieure de la plaque 1, qui est actuellement recouverte de follets dans les deux tiers de son étendue.

La sensibilité au rasoir a presque complètement disparu.

La peau n'est presque pas hypotonique sur les aires peladiques.

La sensibilité des émergences du trijumeau gauche a presque totalement disparu.

10 novembre. — Amélioration très grande de l'état général. Sommeil meilleur. La neurasthénie n'existe plus qu'à peine. Troubles dyspeptiques très diminués ; il persiste cependant des aigreurs de temps à autre. Régime ataraxique bien suivi. Les excitations génitales sont les mêmes.

Aire peladique gauche. — Très améliorée ; elle a diminué très notablement d'étendue mais reste glabre encore à sa partie

initiale. La peau y est encore sensiblement plus mince qu'au pourtour. La sensibilité est un peu diminuée dans la partie glabre.

Aire peladique droite. — Mérite à peine ce nom. Grande comme une pièce de 0,20 au maximum, dans la région symétrique. Le malade s'en est aperçu il y a environ 3 semaines, c'est-à-dire 10 ou 12 jours après une violente crise durant 48 heures, consécutive à un coryza intense.

N'a pas augmenté depuis que le malade s'en est aperçu.

Du côté gauche, d'une façon diffuse il persiste des sensations fugaces de picotements.

Pas de troubles de la sensibilité nerveuse ou musculaire.

Plus d'adénopathie.

15 janvier 1909. — Guérison complète.

OBSERVATION XVII (*M. Rousseau-Decelle, inédite*)

Mme T., 29 ans. 24 mai 1911.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents peladiques.

Père chauve.

Antécédents personnels. — A 13 et à 14 ans érysipèle de la face et du cuir chevelu, amenant la chute totale des cheveux. Repousse très rapide. Réglée tardivement à 17 ans.

1^{er} accouchement à 22 ans, suites pénibles : douleurs généralisées. Violentes céphalées pendant 4 mois.

2^e accouchement à 26 ans. Pas de fausses couches.

Changement de vie complet depuis le 5 juillet 1910. Habitant la campagne (Corrèze) elle vient à Paris ; depuis trouve la vie plus fatigante, a la nostalgie du pays ; s'ennuie à Paris.

Il y a 18 mois, crise douloureuse violente du côté droit avec impossibilité de manger de ce côté.

En octobre 1910, violente angine à grand maximum droit durant 15 jours, avec fièvre, nécessitant le séjour au lit pendant 4 ou 5 jours.

Depuis 8 ou 9 mois, asthénie, lassitude matinale.

S'aperçoit de la pelade il y a 4 mois environ : aire nuchale droite de la dimension de 5 fr., donc pelade remondant déjà à 2 mois environ.

Etat actuel. — Pelade nuchale droite datant de 6 mois environ, de la dimension de la paume de la main. Elle comprend deux parties : une partie centrale de la dimension de 5 fr. glabre ; et une partie périphérique couverte de follets fins et caducs, et de nombreux poils cassés et massués. Hyperesthésie de pression nettement maximale aux trois points droits et au point occipital droit.

Dépilation diffuse habituelle tous les ans vers le mois de mai, assez prononcée pour être remarquée par le sujet.

Il y a un mois, violente contrariété (fugue du mari pendant plusieurs jours), se traduisant par anorexie et insomnie pendant 8 jours. S'est aperçue que la pelade a très augmenté depuis cette époque.

Troubles gastriques habituels, anorexie intermittente, Douleurs stomacales après les repas.

Troubles utéro-ovariens. — Leucorrhée habituelle et abondante. Douleurs ovariennes droites au moment des règles, depuis 5 ou 6 mois. Mal réglée (quelquefois tous les 2 ou 3 mois).

Etat de la bouche et des dents. — En haut et à droite D11 (temporaire) mobile, non cariée. D5 : racine. D6 : tartre abondant au collet.

En haut et à gauche : G6 carie pénétrante infectée (poussées intenses, reste de pulpite chronique). Gingivite tartrique. Tartre abondant.

En bas, à droite : d8, carie pénétrante. Arthrite chronique, Matité, mobilité, douleur à la percussion.

En bas, à gauche : g6, racine. Arthrite chronique.

Gingivite à maximum supérieur droit.

3 juin. — Extension de la pelade. Depuis 2 jours, petite poussée d'arthrite autour de g6.

Hyperesthésie assez vive du trijumeau *gauche* ; pas de retentissement pileaire. (A noter, à ce sujet, que les irritations de g6 se réfléchissant dans la région sous-maxillaire, il est naturel, puisqu'il s'agit d'une femme, de ne pas trouver de répercussion pileaire).

6 juin. — Hyperesthésie des nerfs maxillaires supérieurs et inférieurs droits et gauches, avec maximum plutôt à gauche.

Dents douloureuses (plus que les jours précédents).

d8 est sensible à la percussion, mobile, mate à la percussion.

La racine de g6 est également très sensible à la pression (la poussée d'arthrite aiguë se poursuit).

Depuis 5 ou 6 jours la dépilation diffuse s'exagère.

15 juin. — L'aire est en voie de progression rapide du 6 au 10 juin. A ce moment, la température devient fraîche et la progression semble s'arrêter. Température buccale le 15, avant toute intervention à droite, 37°1 ; à gauche, 37°4.

Extraction de d8, dent uniradiculaire présentant les lésions suivantes : Dénudation de la racine sur toute la hauteur de la face linguale, vascularisation exagérée du ligament sur la face mésiale. Autour de l'apex, sur la moitié inférieure des faces vestibulaire et distale, volumineuses fongosités. Tissu lardacé, épais (granulome).

17 juin. — Température buccale, à droite : 37°1 ; température molaire, à droite : 33°2 ; température buccale, à gauche : 37°9 ; température malaire, à gauche : 33°8.

(Températures prises le 17, une demi-heure avant l'extraction de g6 (avec cocaïne).

Lésions de g6 : racines séparées, lésions banales d'arthrite. Dénudation radiculaire importante, surtout à la racine postérieure.

20 juin. — Rien de particulier.

La partie centrale de l'aire est toujours glabre, la partie périphérique présente des follets et des poils massués.

Température buccale gauche : 37°6 ; température malaire

gauche : $33^{\circ}7$; température buccale droite ; $37^{\circ}2$; température malaire droite : $32^{\circ}9$.

24 juin. — Il y a encore de la dépilation diffuse.

L'aire n'augmente pas. Des follets solides et assez longs existent à la périphérie. Les poils massués sont de plus en plus rares.

Au centre, dans la partie glabre jusqu'ici, il existe maintenant des follets (mais très ténus et caducs).

Les températures buccales et malaire diminuent progressivement.

Les suites des extractions sont des plus simpls. Pas d'alvéolite.

Insomnie depuis plusieurs nuits. Fatigue générale.

Température buccale à gauche : $37^{\circ}4$; température malaire à gauche : $31^{\circ}7$; température buccale à droite : $36^{\circ}9$; température malaire à droite : $31^{\circ}2$.

1^{er} juillet. — Amélioration progressive. La repousse se fait activement surtout en bordure.

Plus de poils massués ni cassés. 3 zones dans l'aire.

Une zone périphérique où la repousse est formée de follets d'environ 1 cm., serrés, colorés déjà et solides.

Une zone moyenne, concentrique à la première, avec follets plus petits, plus fins, moins colorés et moins solides.

Une zone centrale, arrondie (probablement le début de l'aire) presque glabre ; quelques follets extrêmement ténus, disséminés et très fragiles.

Température buccale : à gauche 37° , à droite $36^{\circ}6$.

8 juillet. — Depuis quelques jours mobilité plus grande de Dm par arthrite. Pas de phénomènes douloureux subjectifs importants ; mais la pression latérale est douloureuse et il y a une réaction gingivale vestibulaire. Extraction de cette dent.

L'aire est en repousse de plus en plus drue. Il n'existe plus de partie glabre.

La disposition en zones concentriques persiste toujours et s'accroît.

Une bande de follets concentriques à la première devient plus touffue et plus abondante.

Conjonctivite bulbaire de l'œil gauche depuis 8 jours, en amélioration actuelle.

Température buccale g. : $37^{\circ}2$; dr. : $36^{\circ}7$.

13 juillet. — Repousse progressive. Etat dentaire satisfaisant, pas d'alvéolite.

Conjonctivite bulbaire presque entièrement guérie.

Température buccale g. $37^{\circ}6$, dr. 37 .

18 juillet. — La repousse continue.

Asthénie toujours assez grande, céphalées, insomnie.

Possibilité d'intoxication lente oxycarbonée.

Guérison de la conjonctivite.

22 juillet. — La repousse continue, mais pas avec la même vivacité. Il persiste toujours un peu d'alvéolite au niveau de la canine supérieure droite.

Température buccale à gauche : $37^{\circ}5$; à droite $37^{\circ}1$.

Depuis 3 ou 4 jours amygdalite à prédominance gauche ; infiltration de la luette ; dysphagie.

La céphalée a persisté et a eu son maximum hier (séance de repassage). Le sommeil n'est pas encore très bon.

Intoxication oxycarbonée certaine par réchaud à charbon de bois.

26 juillet. — On a fait une radiographie de la région maxillaire supérieure droite qui révèle en effet la présence de D3 incluse.

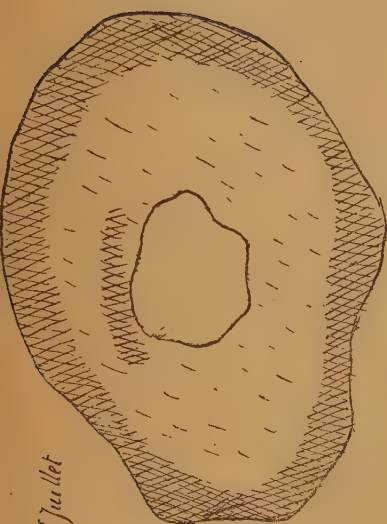
A la suite de la suppression de réchaud, plus de céphalée.

Repousse continue sur l'aire, mais dépilation diffuse et générale importante.

28 juillet. — Plus de céphalée, mais la dépilation diffuse non seulement persiste, mais s'accroît.

Encore quelques troubles gastriques.

Il existe toujours une gingivite supérieure droite due à l'insuffisance de l'hygiène buccale.



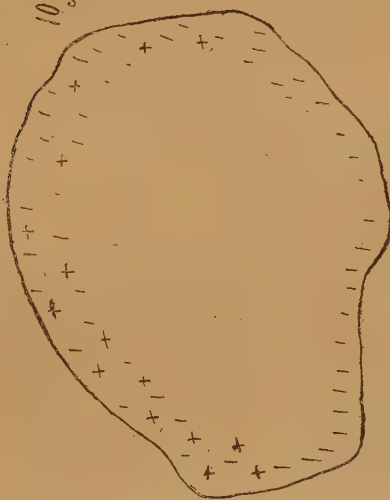
1^{er} juillet



8 juillet



23 Mai



10 juin

follets longs
et folides

follets plus légers et caducs

++ poils massues

31 juillet. — Son mari lui a donné hier une claque sur l'œil gauche, assez violente pour qu'elle se trouvât mal. Même état.

4 août. — Plus de céphalée. Dépilation diffuse abondante. Repousse en statu quo. Pas de surmenage.

8 août. — Maux d'estomac et pesanteur après les repas.

Névralgies du maxillaire supérieur droit depuis 3 ou 4 jours.

Extraction de D5 (présentait un kyste de la grosseur d'une lentille).

12 août. — Toujours quelques troubles gastriques.

Légère douleur alvéolaire à la suite de l'extraction.

La dépilation diffuse persiste.

Repousse en statu quo sur l'aire. A partir d'aujourd'hui la malade ne prendra que des purées et des laitages.

25 août. — Les troubles gastriques persistent (pesanteurs et nausées).

La malade a suivi cependant le régime indiqué.

Asthésie très marquée surtout le matin au réveil. Sommeil calme pourtant.

Règles courtes et très peu abondantes. Vives douleurs dans le bas ventre pendant 4 jours à ce moment.

Pas de céphalée.

Névralgies légères à la région malaire des deux côtés.

A partir de ce jour, Mme T. ne boira plus du tout au repas ; infusions chaudes à heures fixes.

1^{er} octobre. — La malade a suivi son régime. Nul trouble gastrique depuis 15 jours. Plus de pesanteur.

L'asthénie persiste aussi marquée au réveil. Peu de sommeil (2 heures). Pas de céphalée. Névralgies légères à plusieurs reprises à la région malaire des deux côtés.

Règles à peu près nulles ce mois-ci. Douleurs dans le bas ventre presque tous les jours. Très vives à la période cataméniale.

La dépilation diffuse est moins abondante que le mois dernier.

Repousse à la périphérie de l'aire. Statu quo au centre.

26 octobre. — Statu quo de l'aire.

L'asthénie persiste, le matin surtout. Insomnie.

Toujours le même aspect souffreteux.

Examen de l'utérus et des annexes. — Non réglée depuis 2 mois. Utérus volumineux, peut-être gravide (mais cependant col non ramolli) ; antéfléchi ; annexes non perceptibles. Leucorrhée très abondante.

Examen bucco-dentaire. — Légère gingivite du maxillaire supérieur droit dans la région de la canine et des prémolaires. Congestion de la muqueuse. Pression douloureuse sur toute la hauteur du rebord alvéolaire. Cette congestion localisée, vraisemblablement due à la présence de la canine encore intra-maxillaire, mais probablement en période de descente depuis l'extraction de la canine de lait correspondante. Aucune autre cause ne permet d'expliquer cette gingivite localisée.

(Il est fait une radiographie qui montre bien en effet la présence d'une canine droite supérieure incluse, obliquement dirigée et dont la descente sera longue et difficile.)

22 novembre. — Grossesse au 5^e ou 6^e mois. Meilleur état d'ensemble quoique toujours mine chétive.

Dort un peu moins mal. Digère assez bien.

Moindre dépilation diffuse.

Aire nuchale entièrement couverte de poils :

1^o En périphérie surtout en haut et vers l'oreille bordure de cheveux sains, longs de 4 à 5 cm. Cette zone a de 3 à 2 et 1 cm. de largeur.

2^o Zone moyenne à poils courts et sains, duveteux

3^o Zone centrale finement duveteuse et paraissant glabre, de la dimension de 0 fr. 50 à 1 fr. environ.

Gingivite droite toujours nette Infection du cul de sac vestibulaire supérieur. Sensibilité de pression vive des deux côtés, mais surtout à droite.

16 janvier 1912. — Mme T., est enceinte et accouchera en avril.

L'état général est meilleur qu'avant sa grossesse.

Depuis le mois d'octobre elle se sent plus solide, plus forte,

plus résistante, elle n'a pas cette sensation de fatigue matinale longtemps éprouvée.

En décembre, il faut noter un incident pathologique assez obscur : Mme T., a été prise d'un gonflement très important de la région angulo maxillaire et parotidienne, et très douloureux. Conduite d'urgence à l'hôpital St-Antoine, en chirurgie, on a fait le diagnostic de parotidite et on a songé à la possibilité d'une intervention. Cette intervention n'eut pas lieu, le phénomène ayant rétrocedé par suite de l'applications de compresses très chaudes.

Il y avait en même temps irritation de la moitié droite de la bouche (2) Cause de cet incident pathologique : stomatite ? poussée d'adénopathie ? parotidite ? inconnue. La bouche est actuellement en très bon état et ne présente aucune cause d'irritation.

Une poussée de la canine incluse a peut-être été la cause (cf. obs. de répercussions cutanées au cours de l'évolution de canines incluses. R. D. S^{te} Stomatologie 1909). Quoiqu'il en soit, actuellement, la pelade ne fait pas grands progrès ; la repousse continue, très régulière sur la majeure partie de l'aire, mais il persiste toujours une clairière où les follets sont ténus et espacés.

L'aspect de la peau y est vaguement cicatriciel. Les follicules y sont dilatés et comédoniens.

La dépilation diffuse a complètement disparu depuis 3 mois. On avait commencé à noter sa diminution le 1^{er} octobre.

2 mars. — Repousse continue.

Gingivite antérieure avec tuméfaction des languettes interdentaires. La région canine supérieure droite est toujours plus sensible que les autres régions buccales.

Bon état général, se porte mieux depuis sa grossesse.

5 mars. — Les cheveux ne tombent plus depuis 4 mois. L'état général est bon ; l'aire peladique a beaucoup régressé.

S'est beaucoup mieux portée pendant sa grossesse qu'en

4 mai. — Quelques semaines après son accouchement. En très bon état.

temps ordinaire. Les troubles digestifs ont cessé ; la dépilation diffuse aussi. La chevelure est soyeuse. Il reste toujours au centre de l'ex-plaque une clairière large comme une pièce de 1 fr. ovalaire, garnie de poils sains mais courts.

16 janvier 1913. — Dépilation diffuse après les couches, durant environ 2 mois, mai et juin (accouchement 26 avril 1912). Arrêt et repousse.

Odontalgie importante après les couches, alternativement (p) à droite et à gauche, principalement à droite. Depuis 3 mois environ, arrêt des odontalgies comme aussi de la chute.

Il y a un mois environ, mal de gorge pendant 4 ou 5 jours uniquement à droite. Toujours un peu d'odontalgie à droite.

Estomac en bon état.

Pas de dépilation diffuse importante.

Constatation de deux aires nouvelles à droite, l'une à la région pariéto occipitale inférieure droite, l'autre à la région occipito-nuchale et nuchale.

Depuis 4 mois environ contrariétés et émotions violentes (mari absinthiqué, menaces contre les enfants, abandon, etc., dépérissement de la dernière petite).

Il y a 8 jours bouquet d'herpès au tournant du nez à droite.

Conclusions

1. La pelade est une dermatose à l'étiologie très complexe et encore fort obscure, néanmoins, dans un certain nombre de cas, l'irritation gingivo-dentaire est une cause déterminante prépondérante (irritations gingivo-dentaires chroniques).

2. Certains cas de dépilation diffuse relèvent du reste de la même cause (irritations dentaires aiguës).

3. La pelade survient du même côté que la lésion dentaire.

4. A chaque segment de la mâchoire correspond une zone céphalique où se répercute l'irritation.

5. Un plan passant par l'articulation interdentaire et aboutissant à la protubérance occipitale externe divise la tête en deux zones. Dans la zone supérieure se réfléchissent les irritations provenant des dents de la mâchoire supérieure ; dans la zone inférieure celles venant du maxillaire inférieur.

Dans chaque zone la répercussion occupe une place d'autant plus postérieure que la dent, cause de l'irritation, occupe un rang plus éloigné dans l'arcade.

6. La pelade d'origine dentaire se caractérise outre cette distribution topographique par le nombre très restreint de ses aires.

7. Les cas où l'irritation dentaire apparaît comme cause déterminante exclusive représentent 10 % des cas de pelade ; ceux où l'irritation dentaire est seulement prédominante environ 25 % des cas.

8. Ces pelades sont particulièrement bénignes car sinon la guérison de la lésion dentaire, du moins la suppression de l'épine irritative est toujours facile à obtenir.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

APPELL.

Bibliographie

1896. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*.
- 1909-1910. BAILLY. — Contribution à l'étude de l'origine gingivo dentaire de la pelade (Th. Lyon).
1912. BULLIARD. — Essai doctrinal et pratique sur la dépilation.
CHATIN (A) et TRÉMOLIÈRE (F.) — La pelade.
GAUMERAIS. — Répercussions cutanée et muqueuse des irritations gingivo-dentaires (Traité de stomatologie de Gaillard et Nogué).
1896. HEAD (Henry). — On disturbance of sensasion, with especial reference to the pain of visceral disease. (Part. II. Head an Neck).
1900. JACQUET (L.). — Nature et traitement de la pelade. (*Ann. Derm. et syph.*).
1902. JACQUET (L.). — Nature et traitement de la pelade. La pelade d'origine dentaire (*Ann. Derm. et Syph.*).
1907. JACQUET et CRAMER. — Essai sur les réactions organiques d'origine gingivo dentaire (comptes rendus du 1^{er} Congrès de stomatologie).
1904. PATTE. — Essai sur la pelade d'origine gingivo dentaire. (Th. Paris).
1902. PÉCHIN. — Indications et résultats de la cure gingivo dentaire dans la pelade (Th. Paris).
1886. RETTERER. — Article Pileux. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
1909. ROUSSEAU-DECELLE. — Sur la pelade dentaire (*Bulletin de la Société Méd. des Hôpitaux*).

1913. ROUSSEAU-DECELLE. — Les troubles réflexes et fonctionnels d'origine dentaire. (Compte rendu du XVII^e Congrès international de médecine, Londres, section XVII).
1920. ROUSSEAU-DECELLE. — La pelade dentaire (*Revue de stomatologie*, n° 9).
1921. ROUSSEAU-DECELLE. — Essai sur la localisation des Répercussions cutanées des irritations alvéolo-dentaire (*La Vie Médicale*, 4 mars).
-

